

受診申込・紹介票(就学児用) ※紹介元で作成(入力またはペン書き)

			紹介元連絡先	担当者	職名	担任／コーディネーター／その他()	
紹介機関	市町村名			氏名			
	施設名			所在地	〒		
		電話番号	――――内線()				

フリガナ			学年	性別	生年月日	
児童生徒氏名					(元号)	年月日
在籍学級等	通常の学級 / 特別支援学級(知的障害 / 自閉症・情緒障害 / 肢体不自由 / 病弱 / 難聴) / 特別支援学校(標準 / 重複障害)					
住所	〒			保護者氏名	父	
					母	
					その他	
保護者連絡先	固定電話		携帯電話番号	(父)	(母)	

※以下、該当する項目には、□に✓をお願いいたします。なお、項目1, 2, 7, 15については、必ず□に✓をお願いいたします。

1 対象児の受診の必要性について、校内委員会等で検討した。

《校内委員会で検討した内容(受診の必要性の理由等)》

2 保護者は、診断を聞くことを了解している。 保護者は診断を聞くことに消極的だが子供は困り感を感じている。

3 受診案内のきっかけについて(紹介機関が把握している範囲で、最初のきっかけを選んで □ に✓)

保護者からの相談 学校側から保護者に勧めた 支援機関等から勧められた(機関名:)

4 受診を希望する理由・目的(当てはまるものにすべて✓してください。)

コミュニケーション 言語の発達 こだわり 感覚過敏 運動発達 生活習慣 多動・衝動性

不注意 かんしゃく 学習面 知能の遅れ 自傷 他害 登校しぶり・不登校

睡眠の問題 その他()

5 受診の際に相談したいこと

6 受診までの経緯について(医療機関等の受診歴や就学前の状況、発達に関する経過、保護者との面談内容、受診を希望したきっかけ等を記入)

7 本人の状態について、保護者と紹介機関が共通の認識を持っている。

8 乳幼児健診等での助言の有無等(1歳6か月・3歳)

1歳6か月児健診 要経過観察の有無	あり・なし	3歳児健診 要経過観察の有無	あり・なし	他の健診 要経過観察の有無	あり・なし
----------------------	-------	-------------------	-------	------------------	-------

※助言された内容等

乳 幼 児 健 診 等	1歳6か月児健診	
	3歳児健診	
	他の健診	

9 就学前の状況、発達に関する経過

(1) 保育園や幼稚園での様子(担任の先生に指摘されたり、助言されたりしたこと等を中心)

--	--	--

(2) 児童発達支援事業所の利用(有・無)

利用している事業所名、施設名等	利用頻度	支援内容等

(3) 保育所等訪問支援の実施(有・無)

助言内容	
------	--

10 既往歴について(これまでの大きな病気等の有無)

--	--	--

11 家族構成(兄弟児における当院の受診児の有無)

--	--	--

12 対象児の学習の定着状況や出席状況、知能検査等の結果について(知能検査については、これまでに、実施されていれば記入して下さい。)

学習の定着状況	<input type="checkbox"/> 各教科の学習の定着状況(定期テストや実力テストの結果等)	
	出席状況 挙てはまる状態に○を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 登校 <input type="checkbox"/> 遅刻気味 <input type="checkbox"/> 登校しぶり <input type="checkbox"/> 不登校傾向 <input type="checkbox"/> 不登校	
知能検査の結果等	WISC-III	【年月実施】実施機関() 全検査()言語性()動作性()言語理解()知覚統合()注意記憶()処理速度()
	WISC-IV	【年月実施】実施機関() 全検査()言語理解()知覚推理()ワーキングメモリー()処理速度()
	WISC-V	【年月実施】実施機関() 全検査()言語理解()視空間()流動性推理()ワーキングメモリー()処理速度()
	()	【年月実施】実施機関()

13 現在、校内で受けている指導・支援内容について(該当するものに○印)

支援項目	校内での支援の状況
通級指導教室の利用状況	利用なし / 利用中(言語障害 / 自閉症・情緒障害 / LD・ADHD / 難聴)
特別支援教育支援員の活用状況	活用なし / 活用中(頻度:)
特別支援学校の巡回相談の活用状況	活用なし / 活用したことがある / 活用中(学校名: 学校、担当者:)
スクールカウンセラー	活用なし / 活用したことがある / 活用中(担当者:)
スクールソーシャルワーカー	活用なし / 活用したことがある / 活用中(担当者:)

14 助言された内容等

特別支援学校の巡回相談	
スクールカウンセラー	
スクールソーシャルワーカー	
その他(事業名:)	

15 紹介となった対象児の困っていることや相談したいことと学校・家庭での現在や今後の合理的配慮について

学校や家庭での児童生徒に対する指導・支援の在り方等について、校内委員会等で検討した。

	困っていること・相談したいこと	現在、取り組んでいる（今後、取り組もうとしている）合理的配慮について
学校等の生活		
家庭生活		

16 現在、校外で受けている指導・支援の内容について（ある・ない）

(1) 放課後等デイサービスや日中一時支援サービス等の福祉サービスを受けている場合、事業所名と支援内容を記入してください。

利用している事業所名、施設名等	利用頻度	支援内容等

(2) (1)の福祉サービスを受けている場合、対象児担当の相談支援専門員の所属の事業所名と担当者名を記入してください。

事業所名	担当者名
------	------

(3) 相談支援専門員が開催する担当者会議、支援会議、ケース会議等への参加と保育所等訪問支援の受け入れについて

○担当者会議等に学校も参加したことが（ある・ない）	実施時期（令和 年 月） 参加者（ ）
○学校が保育所等訪問支援を受け入れたことが（ある・ない）	受け入れ時期（令和 年 月～ 回） 実施事業所（ ）
助言内容	

17 他の医療機関での診断、訓練等の状況について（ある・ない）

医療機関名	診断等	訓練等を実施の場合は、内容及び頻度

18 上記医療機関の主治医へ当院への受診について相談している。

※ 他の医療機関を受診している場合、原則、医療機関からの診療情報提供書が必要です。

19 障害者手帳の取得について

※障害者手帳の取得が（ある・ない）

手帳名	療育手帳	身体障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳
障害の程度	A1・A2・B1・B2	()種()級	()級

20 添付資料等について

学校等で作成している資料等がありましたら、添付してください。 (資料名の□に✓)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 個別の指導計画、個別の教育支援計画 | <input type="checkbox"/> 個別の移行支援シート(幼・保→小・小→中) |
| <input type="checkbox"/> 学校での指導・支援状況に関する資料 | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス事業所等が作成している個別支援計画 |
| <input type="checkbox"/> 各種検査結果のコピー() | |
| <input type="checkbox"/> その他の資料() | |

21 その他、注意事項

- 児童・生徒の状況によっては、他の機関等を御案内する場合があります。発達検査の目的での受診はお受けできません。
- 「受診申込・紹介票」の提出は初診の場合のみ必要であり、再診の場合は保護者からの予約になります。
- 項目に不備や未記載が多い場合は、ご予約をお断りする場合がございます。

(注) 全ての内容等を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- 診察日以外でのお問い合わせにはお時間をいただくことをご了承ください。
- 診療を目的として、学校が持っている児童生徒の情報を当院に提供すること。
- 当紹介票が当院に到着後に、保護者からの電話で初診の予約受付を承ります。
- 当院では発達検査は行っておりません。各自治体にて実施して結果を紹介票に添付してください。過去のWISC検査や療育手帳、特別児童扶養手当の申請時に行った検査結果でも構いません。
- 診断書の作成には1週間～2週間のお時間を頂きます。
- 慢性的な身体症状がある場合は、初診前に小児科等を受診して身体疾患の有無を精査することを保護者にはお勧めください。
- 鹿児島県外に通学の方は、初診時に支援者の同伴をお願いします。

年　月　日

記入者

印

学校名

校長